

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КУЛЬТУРА ВРАЧА: ОСОБЕННОСТИ ТРАНСФОРМАЦИИ КОНТРОЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

А.Г. Пацеева, г. Минск. Беларусь

Профессиональная культура, определяет основные практики реализуемой деятельности и её смыслы. В свою очередь, профессиональная культура врача находится под воздействием новых условий, связанных с широким контекстом трансформации как социальной, так и профессиональной реальности. Профессиональная культура является органической частью общей социальной культуры.

Профессиональную культуру целесообразно рассматривать как саморазвивающуюся систему норм, ценностей и представлений, регулирующих процесс профессиональной деятельности, взаимодействие между членами профессиональной группы и определяющую функциональные отношения профессиональной группы с другими группами и общественными институтами.

Одним из принципов внутренней дифференциации является «уровнево» структурирование профессиональной культуры: индивидуальная профессиональная культура и культура профессиональной группы как целого – институциональная. Основным критерием дифференциации здесь выступает направленность этих ценностей на формирование индивидуальной профессиональной деятельности, либо направленность на поддержание групповой интеграции профессионалов, обеспечение соответствующей легитимизации профессиональной группы в социальном пространстве.

Функции, ориентированные на внешнее определение профессиональной группы, могут быть объединены в группу внешних, как обеспечивающие взаимодействие и взаимосвязь её с другими профессиональными и социальными группами. Смысл этих функций заключается в конструировании профессии в социальном пространстве и легитимизации профессии.

На современном этапе специалисты, как отечественные, так и зарубежные отмечают явления, свидетельствующие о кризисных тенденциях в сфере доверия врачам. Об этом прямо пишут российские и западные исследователи. [2,3] Об этом косвенно свидетельствуют исследования, имевшие место в Республике Беларусь. [4]

Врачевание, как специфический вид деятельности еще со времен предшествовавшего ему шаманизма было окутано атмосферой таинственности. Пациентам зачастую непонятен смысл врачебных технологий, в которые они вовлекаются, а попытка самостоятельно проникнуть в их

суть без медицинского образования, чревата нарастанием недопонимания. С другой стороны, адекватный контроль функционирования системы здравоохранения может быть реализован лишь самим врачами. Всё это приводит к особому, закрытому статусу профессионального врачебного сообщества. Пациенты вынуждены доверять профессионалам, не обладая достаточными знаниями для оценки адекватности квалификации врачей, назначаемых ими лечебных процедур. Контроль профессионального сообщества возможен как одна из функций врачебной деятельности, то есть осуществляется самим профессионалами. Непрофессионал, человек, не включённый в систему профессионального взаимодействия, не в состоянии оценить адекватность врачебной деятельности.

Таким образом, одним из условий легитимизации профессии в социальном пространстве становится трансформация принципов внутри профессионального контроля.

Традиционные формы контроля профессиональной деятельности врача связывались преимущественно с индивидуально-личностными особенностями врача-профессионала. Предполагалось, что глубокое усвоение норм деонтологии и медицинской этики, априори будут удерживать врача от осознанных и целенаправленных нарушений в лечебной практике. Фактически уже в клятве Гиппократы постулировалось честное, безукоризненное исполнение врачебного долга. [5]

Логика исторического развития медицины, как социального института, включала в себя переход от медицинской практики профессионалов-одиночек к командным формам работы.[6] Эта логика обусловлена как социальными причинами, так и научно-техническими достижениями современной медицины. По мере роста медицинских знаний и развития медицинских технологий, набирает скорость процесс специализации в рамках врачебной профессии. Принятие решения относительно диагноза и лечения зависит теперь не только от опыта и мастерства отдельного врача, но и от результатов работы целой команды различных специалистов. Очевидно, что эта работа требует не только высокого уровня качества осуществления ими необходимых действий, но также высокого уровня доверия друг к другу.

Современные этические кодексы, призванные регулировать врачебную деятельность включают статьи, посвящённые институциональному контролю профессии. Сопоставление этических кодексов белорусских и канадских врачей, обнаруживает ряд отличий в принципах взаимодействия профессионалов между собой. [7.8] Например, белорусский кодекс обязывает «препятствовать медицинской практике бесчестных и некомпетентных коллег», но не предполагает институализированных форм этого препятствования. Здесь нет прямого указания, какими мето-

дами – обсуждением в кругу коллег своего подразделения, обращением в суд, в профессиональные ассоциации – должен профессиональный врач достигать задач претияствования. В белорусском кодексе, в отличие от канадского нет однозначного указания на необходимость «информировать соответствующие органы о случаях любого непрофессионального поведения коллег», что во многом решает этические проблемы непосредственного взаимодействия между коллегами.

Врачебная деятельность это сложный высоко институализированный вид деятельности. Помимо традиционного для медицины взаимодействия врач-пациент, на современном этапе особое значение приобретает институциональный аспект этого взаимодействия, а именно взаимодействие профессионалов и уровень врачи, как профессиональная группа – общество в целом.

Современная трансформация профессиональной культуры врача предполагает развитие форм внутрипрофессионального контроля. Традиционная форма контроля профессиональной деятельности, центрированная на личности профессионала, выходит на институциональный уровень. Развитые формы контроля профессиональной деятельности открывают перспективу повышения её качества, что в перспективе окажет воздействие на легитимизацию профессии в социальном пространстве, обеспечат более высокий уровень как системе здравоохранения, так и отдельному врачу.

#### Литература:

1. Кочергин В.Я. Профессиональная культура и социальные технологии/ В.Я. Кочергин. – Минск : БГЭУ, 2007. – 178 с.
2. Аронсон П. Утрата институционального доверия в российском здравоохранении./ П. Аронсон // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2006. – №2. – С. 120-131.
3. Kassirer, J.P. Doctor Discontent / Kassirer, J.P. // New England Journal of Medicine. – 1998. – Vol. 339. № 21 – P. 1543-1545.
4. Кучко Е.Е. Социологический анализ потребления лекарственных средств населением республики Беларусь./Е.Е.Кучко// Социология. – 2011. – № 4. – С. 90-97.
5. Клятва Гиппократа // Медицина и право. [Электронный ресурс]. – Режим доступа <http://www.med-pravo.ru/Ethics/VowHippocr.htm>. –Дата доступа 15.01.2013.
6. Saltman R.B. Critical challenges for health care reform in Europe./R.B. Saltman, J Figueras, C.Sakellarides – Open University Press, 1998. – 256 p.
7. Professionalism in medicine./ CMA series of health care discussion papers; ed. J. R. Williams. – Canada, 2001. – 24 p.
8. Биомедицинская этика: Практикум /Под общ. ред. С.Д. Денисова, Я.С. Яскевич – Мн.: БГМУ, 2011.– 255 с.